

郵票

九龍深水埗東京街李鄭屋邨孝廉樓地下  
轉新健社收

## 活動

**活動：**月會、心聲分享、社交及康樂活動、對外推廣對中風的認識、參觀、醫療健康講座、『新健之聲』季刊〈會員資訊及健康資訊〉、醫院探訪、權益及福利；

**互助小組：**康復運動小組、太極小組、書法班、唱歌學講話組、興趣小組等。

## 工作小組

- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1. 各區的分區委員會 | 2. 出版小組   |
| 3. 關顧小組     | 4. 會員事務小組 |
| 5. 籌款小組     | 6. 權益小組   |
| 7. 對外推廣小組   |           |

## 請捐款支持「新健社」：

本人欲捐助予「新健社」

\$100   \$200   \$500   其他：\_\_\_\_\_

捐款港幣一百元或以上，可憑收據申請免稅

捐款方法：

1. 捐款存入中銀集團儲蓄戶口 039-740-1-015525-3，然後寫你的姓名及聯絡方法，寄回本社總辦事處。
2. 以郵寄方式寄支票，抬頭寫「新健社」，在支票背面寫上你的姓名及聯絡方法，寄回本社總辦事處。

總辦事處地址：九龍深水埗李鄭屋邨孝廉樓地下轉交

# 新健社

〈中風患者及家屬互助社〉  
The Hong Kong Stroke Association



積極齊參與  
健康在你手

**通訊地址：**

**總辦事處**

九龍深水埗東京街李鄭屋邨孝廉樓地下轉交  
電話：2307 8257   傳真：2307 8573  
電郵：hk\_stroke\_a@yahoo.com  
網址：www.hk-stroke-a.org.hk

**五個分區地址**

九龍東：九龍黃大仙橫頭磡邨宏禮樓地下  
九龍西：九龍深水埗東京街李鄭屋邨孝廉樓地下  
新界西：新界屯門大興邨興昌樓地下  
新界北：新界上水太平邨平治樓地下  
港 島：香港鰂魚涌康山花園第六座地下

## 本社簡介

對於中風患者及家屬來說，如何面對和應付中風後的改變是艱巨的。一班中風的病友發起組織一個中風患者及家屬互助社，在1997年8月正式註冊成為獨立慈善自助組織。

新健社的誕生，使中風患者或家屬能夠有一個聚會機會，發揮自助互助的精神；根據社員的需要，共同探討和面對因中風而帶來的困難，發揮社員間自助互助的精神，積極投入康復過程，重新投入社區。

經過超過十年之發展，社員遍佈港、九、新界。為更好地維繫各地區的病患者和家屬，在執行委員會下，設有五個分區：九龍東、九龍西、新界西、新界北、港島分區和新界東（沙田）的互助小組。在每一分區之下，設有分區委員會負責策劃及推動該區社員的聯繫和活動。

## 宗旨

1. 發揮中風患者及家屬的互助精神
2. 推廣社會人士對中風的認識和關懷
3. 爭取中風患者的福利和合理權益

## 會員資格

- (一) **基本會員**——凡屬中風患者及家屬皆可申請成為基本會員。
- (二) **附屬會員**——凡任何人贊同本會宗旨者，經會員評審組通過，批核後，便可成為本會之附屬會員。

## 會費

基本會員及附屬會員，每年之會費為港幣伍拾元正，凡綜援家庭，出示有關證明後可繳交一半會費。

### 繳交辦法

1. 將會費現金或支票連同會員申請表格交與本社職員，或
2. 將會費存入中銀集團儲蓄戶口 039-740-1-015525-3，然後將銀行入數紙連同會員申請表格寄回本社，或
3. 以郵寄方式寄支票，抬頭寫“新健社”，在支票背面書寫上你的姓名，然後連同會員申請表格寄回本社。



## 會員申請表

註：患者和家屬如希望均成為會員，則必須每人填交會員申請表一張

姓名：	性別：
出生日期：	電話：
地址：	
患者/家屬/其他(請刪去不適用者)	
若是家屬，請填寫患者姓名：	
與患者關係：	
領取綜援： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	綜援編號：
如屬患者，請填下列各欄：	
患者病發年份：	
患者行動及健康狀況：(請在適當位置☑)	
<input type="checkbox"/> 行動自如	<input type="checkbox"/> 坐輪椅
<input type="checkbox"/> 須用助行器(如拐杖、手叉)	<input type="checkbox"/> 言語表達困難
<input type="checkbox"/> 偏癱(左邊/右邊)	
選擇分區：	
九龍東 <input type="checkbox"/>	九龍西 <input type="checkbox"/>
新界西 <input type="checkbox"/>	港島 <input type="checkbox"/>
新界北 <input type="checkbox"/>	
申請人簽名：〈患者/家屬〉_____	
日期：_____	
負責人填寫欄	
負責人：_____	日期：_____
收據編號：_____	經手人：_____
會員編號：_____	
備註：為保護個人隱私權，各會員的資料只用於與機構的職能及活動直接有關的目的。	